



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL MODELO TERAPEUTICO DEL CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA – PROYECTO HOMBRE

Autor/es

Sara Sierra Díez

Director/es

María Josefa Pueyo Uson

Facultad / Escuela: Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Año: 2019/2020

AGRADECIMIENTOS

Para la realización del siguiente trabajo he contado con la ayuda y con el apoyo de algunas personas sin las cuales este estudio no habría sido posible. Es por ello por lo que quisiera agradecerles el hecho de haber estado presentes en esta última etapa de mi carrera universitaria.

A mi tutora, María Josefa Pueyo, por darme la oportunidad de realizar el siguiente trabajo, orientándome y proporcionándome conocimientos útiles que me han permitido consolidar las bases de mi investigación.

A los profesionales del Centro de Solidaridad de Zaragoza – Proyecto Hombre, por su buena predisposición y complicidad.

A mis compañeras del grado de trabajo social, las cuales han estado a mi lado durante todo el camino.

“La adicción es el síntoma de un problema que reside en la persona”

- Asociación Proyecto Hombre -

RESUMEN

Las adicciones han existido siempre, pero los cambios acontecidos en las sociedades modernas han llevado a sugerir nuevos planteamientos adaptados a las nuevas características, tales como edad de comienzo de la adicción, tipo de sustancias, motivaciones, etc. Las familias de estos pacientes suelen presentar sentimientos negativos y ambivalentes hacia la persona adicta, culpa, tristeza, rabia ... y mediante la colaboración activa en las terapias aplicadas a la adicción de que se trate, se les capacita para reconocer sus fortalezas y su valor como proveedores de soporte y no solo meros receptores de información.

El presente estudio nace del interés por indagar en el tema de las adicciones desde un enfoque multidisciplinar que incluya como parte fundamental a la familia. El trabajo social como agente de cambio que enfrenta las necesidades humanas no solo tiene un compromiso con la persona adicta, sino también con la familia y con la propia comunidad.

Palabras clave: Droga, Adicción, Dependencia, Familia, Colaboración Activa

ABSTRACT

Addictions have always existed. Nevertheless, the new changes that have taken place in modern societies have led to new approaches adapted to the new characteristics, such as the age at addiction onset, the types of substances subject to addiction, the motivations, etc. The family members of the patients tend to have negative and ambiguous feelings towards the addicted person: guilt, sadness, anger... Throughout the active collaboration in therapies applied to the addiction that is treated, they are taught to recognise their strengths and their value as support providers and not just passive information receivers.

This study aims to investigate the topic of addictions, from a multidisciplinary approach that includes the family as an essential element. An agent of change to face human needs, social work not only has a pledge with the addicted person, but also with the family and society itself.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INDICE DE ILUSTRACIONES	v
INDICE DE TABLAS	v
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEORICO	2
2.1. INTRODUCCIÓN.....	2
2.2. EL FENOMENO DE LA DROGODEPENDENCIA.....	4
2.2.1. ENFOQUE TEORICO.....	4
2.2.2. FACTORES PSICOSOCIALES	7
2.2.3. LEGISLACIÓN.....	9
2.3. LA FAMILIA	14
2.3.1. CONCEPTO.....	14
2.3.2. TIPOS DE FAMILIAS.....	15
2.3.3. FACTORES PSICOSOCIALES	16
2.3.4. LA FAMILIA DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS.....	18
2.4. EL CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA – PROYECTO HOMBRE	22
2.4.1. HISTORIA.....	22
2.4.2. MISIÓN Y VISIÓN.....	23
2.4.3. INTERVENCIÓN	24
3. METODOLOGÍA	27
3.1. METODOLOGÍA CUALITATIVA	28
3.2. ETICA METODOLÓGICA	28
4. RESULTADOS	30
4.1. EL FENÓMENO DE LA DROGODEPENDENCIA.....	30
4.2. LA FAMILIA Y LA ADICCIÓN A LAS DROGAS	31
5. CONCLUSIONES	35
6. BIBLIOGRAFÍA	38
7. ANEXOS	40
7.1. ANEXO I: MODELO DE ENTREVISTA ELECTRÓNICA.....	40
7.2. ANEXO II: CRISIS SOCIOSANITARIA COVID`19	42
7.3. ANEXO III: MEMORIA 2018 CSZ-PH.....	45
7.4. ANEXO IV: INDICADORES DE CONSUMO	46

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Factores psicosociales	8
Ilustración 2. Tabla de resultados memoria 2018 CSZ-PH.....	45

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Leyes actuales sobre drogodependencias (PNSD)	13
Tabla 2. Indicadores para tener en cuenta en el consumo de sustancias (CMAPA, 2009)	46

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo de Fin de Grado surge a raíz de los beneficios que, desde hace años, están corroborando la importancia de considerar el sistema familiar como objeto de intervención de determinadas situaciones, dentro de las cuales se encuentra el campo de las adicciones. La forma de entender el trabajo social con las familias y el reconocimiento de la importancia de la familia ha abierto un amplio espectro de posibilidades desde el trabajo social

Es una realidad empírica el hecho de que tanto las conductas adictivas como el abuso de sustancias acarreen consecuencias negativas en las diferentes áreas de la vida familiar, así como el hecho de que las dinámicas familiares pueden influir en estas conductas y en su tratamiento. A través de este trabajo se pretende analizar la necesidad de aplicar un modelo de atención que incluya a la familia del paciente en la Red de Atención a las Drogodependencias.

Debido a la gran amplitud del campo elegido he creído necesario el acotar el ámbito de investigación con el propósito de no alejarme de mis principales razones de estudio, tomando de referencia a la Asociación de Proyecto Hombre en donde la intervención familiar se realiza de manera intrínseca a la de la persona que presenta la adicción.

Para su elaboración me he basado, entre otras cosas, en los aprendizajes adquiridos durante las prácticas de la carrera universitaria de trabajo social realizadas en el primer cuatrimestre del curso 2019/2020, prácticas que lleve a cabo en la entidad Centro de Solidaridad de Zaragoza – Proyecto Hombre (CSZ-PH).

El objetivo general de valorar la intervención familiar que se realiza dentro del campo de la adicción a las drogas ha sido llevado a cabo mediante un minucioso estudio bibliográfico sobre la materia y a través del uso del paradigma cualitativo, dado que se han realizado una serie de preguntas a los profesionales del CSZ-PH para valorar la información proporcionada por una fuente primaria.

Para finalizar quiero mencionar el hecho de que la realización de este estudio ha coincidido con la crisis sociosanitaria provocada por la Covid'19, situación en la que se decretó el estado de alarma en todo el territorio español y el confinamiento en los hogares de todos los ciudadanos bajo el lema #quédateencasa. Esta situación ha supuesto un gran reto comunitario, poniendo en riesgo la salud mental de numerosas personas. Por ello, he creído conveniente el dedicar un anexo de mi trabajo a las consecuencias que, hasta este momento, se han ido observando dentro del campo de las drogodependencias.

2. MARCO TEORICO

2.1. INTRODUCCIÓN

El consumo de distintos tipos de sustancias adictivas ha sido algo que, desde la antigüedad, ha estado normalizado en abundantes pueblos y culturas, aunque el fenómeno social de las drogodependencias como tal ha adquirido gran importancia desde hace relativamente poco, a causa de su difusión y de las consecuencias sociales y sanitarias apreciadas en las últimas décadas (Martín del Moral & Lorenzo, 1998).

En lo que respecta a la problemática que acarrea y realizando un repaso histórico, se observa que en nuestro país el consumo de estas sustancias se afianzó en el año 1975, al finalizar el franquismo. Aunque esta situación presenta antecedentes, fue en ese momento histórico cuando se desarrolló una alarma social en torno a distintos sucesos que confirmaban su negatividad, como era el elevado gasto público y el alto nivel de morbilidad que generaba. La respuesta que se da a esta problemática relaciona la sustancia de consumo, la droga, con diversos factores sociales y amplios significados culturales, emergiendo la figura de este proceso que hoy en día se denomina como drogodependiente, concepto que sigue conllevando una carga peyorativa muy negativa (Romaní, 2010).

Haciendo alusión a la información reciente que se tiene de estas sustancias, en el Informe Europeo sobre las Drogas, realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019), se expone que actualmente el número de personas que solicitan tratamiento por el consumo de heroína por vez primera ha disminuido considerablemente, así como las tasas de consumo por vía parental -se ha reducido en un 40% la cifra anual de nuevos casos de VIH atribuidos al consumo de drogas por este medio- (p.11). El propio OEDT desvela también un gran incremento en el consumo de opioides, así como la existencia de un abanico más amplio de sustancias en relación con el pasado. “El policonsumo es habitual entre los consumidores de drogas (...) El cannabis es la droga más consumida, y su prevalencia es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias” (p.45).

En este sentido, y tomando en consideración los resultados obtenidos en diversos estudios, dentro de las ciudades españolas la figura de la persona adicta se caracteriza por el uso de la mezcla de varias sustancias psicoactivas a la vez, el denominado policonsumo, con el objetivo de incrementar sus efectos en el organismo (Serrano, Rodríguez & Louro, 2011). No obstante, la persona que inicia el consumo lo suele hacer con el propósito de evadirse de situaciones de su vida cotidiana y desconociendo las consecuencias que dicho consumo puede acarrear (Barruecos, 2010).

Atendiendo al perfil de la persona consumidora, en su origen este término representaba a una persona urbana, de aspecto desaliñado, englobando la ambigüedad de todo estereotipo pero destacando principalmente dos ideas: una referida a la persona consumidora de cannabis que se encuentra involucrado en movimientos contraculturales y otra caracterizada por referirse a jóvenes que, en muchas ocasiones, forman parte de familias relativamente conflictivas en donde se incluye el fracaso o abandono escolar, la nula inserción laboral, la relación con actividades delincuentes y la administración de la droga por vía endovenosa (Romaní, 2010).

A través del Informe desarrollado en el año 2018 por la entidad de Proyecto Hombre¹ se revela que las personas atendidas dentro de este organismo en las distintas comunidades autónomas de España han sido principalmente hombres (85,4%), con una media de edad de 38 años, que en su mayoría habían estado realizando una actividad laboral durante los últimos tres años (76,4%) y cuya demanda principal de tratamiento correspondía al alcohol en su conjunto (37,3%) seguida de la cocaína (34,9%). En el caso de Aragón, se observa que los datos son muy similares en proporción a los del resto del territorio español, pues en la memoria del año 2018 realizada por el Centro de Solidaridad de Zaragoza-Proyecto Hombre se vislumbra que fueron atendidos un total de 1230 personas, en su mayoría hombres, siendo la edad media de entre 36-40 años y la principal sustancia de consumo la cocaína, seguida del alcohol (ANEXO III: MEMORIA 2018 CSZ-PH).

Es importante destacar, dentro del perfil del consumidor, que en numerosas ocasiones se produce una patología dual, es decir, existe un trastorno mental a la vez que un trastorno por consumo de drogas, lo que supone que se deba realizar una intervención específica para cada patología. Entorno a un 70% de las personas adictas presentan una alteración psiquiátrica, calculándose que alrededor del 41% de las personas que padecen alguna enfermedad mental tiene problemas con el abuso de sustancias adictivas. Además, sobre un 55,8% de estos consumen dos o más sustancias estupefacientes, siendo la cocaína (62,7%) seguida del alcohol (61,12%) y de los derivados del cannabis (23,15%) las drogas que más emplean.

La intervención realizada con este tipo de pacientes suele estar caracterizada por: la baja adhesión al tratamiento, la carencia de recursos asistenciales concretos, una interferencia entre los tratamientos específicos empleados para tratar ambas patologías y una elevada incidencia tanto de problemas sociales como de problemas legales asociados al individuo (Blanca, 2020).

¹ Extraído de “Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento”: https://proyectohombre.es/informe-observatorio/pdfs/informe_Observatorio_Proyecto_Hombre_2018.pdf

Durante la última década están teniendo especial relevancia otro tipo de adicciones, como son aquellas relacionadas con el juego patológico, con las nuevas tecnologías, las compras, el trabajo, el teléfono móvil, trastornos alimenticios, etc. Estas nuevas situaciones están siendo abordadas por un gran abanico de entidades, logrando así una mayor adaptabilidad a las nuevas demandas que se van planteando en la sociedad.

2.2. EL FENOMENO DE LA DROGODEPENDENCIA

2.2.1. ENFOQUE TEORICO

Previo a analizar el fenómeno de la drogodependencia creo apropiado contextualizar el significado de la droga que, según refleja Quintero (2015), hace referencia a:

Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (p.27).

De esta forma, el concepto de droga engloba a cualquier sustancia que provoque una alteración en el organismo de la persona que la consume, con independencia de si esta sustancia está considerada en el país como legal o ilegal. Generalmente, al hablar de una persona adicta, la población hace alusión a una persona consumidora de drogas ilegales -el cannabis, la cocaína, las anfetaminas...- mientras que otras que también generan una gran adicción, como son el alcohol o el tabaco, están tremendamente normalizadas en nuestra sociedad.

Estas sustancias adictivas pueden agruparse en (CMAPA, 2009):

- I. **Sustancias depresoras del SNC:** Aquellas que ralentizan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Dentro de estas se encuentran el alcohol, los ansiolíticos o tranquilizantes, los hipnóticos y los opiáceos. Generalmente son calmantes del dolor, producen sueño y disminuyen los reflejos.
- II. **Sustancias estimulantes del SNC:** Son las que producen una aceleración en el Sistema Nervioso Central, destacando aquí la cocaína, las anfetaminas, la nicotina, la cafeína, etc.

III. **Sustancias psicodélicas o alucinógenas:** provocan una distorsión de la realidad, siendo sus efectos muy diversos. Generalmente hacen referencia a drogas alucinógenas -LSD...-, a los derivados del cannabis, disolventes, etc. Dentro de estas se encuentran también las **drogas de síntesis**, haciendo alusión al MDMA o éxtasis, la ketamina y al GHB.

En función del número de veces en que la persona hace uso de ellas, se puede hablar de: consumo experimental -en caso de que se trate de un hecho aislado durante un tiempo muy limitado, siendo este patrón inicial y común a todas las drogas-; consumo ocasional -se hace una distinción de la droga preferente y del momento en el que se recurre a ella, pudiendo llegar a desarrollarse una drogodependencia si aumenta la frecuencia de la toma-; consumo habitual -se recurre a la sustancia diariamente, en ocasiones el propósito puede ser múltiple: por un lado aliviar el malestar psicoorgánico de la persona consumidora (dependencia psicológica y/ física) y, por otro lado, el mantener el rendimiento (en el caso de los adictos a la cocaína); en último lugar está el caso de las sobredosis, siendo este un cuadro de intoxicación aguda a causa del consumo de una dosis mayor a la tolerada habitualmente (CMAPA, 2009).

Relacionado con esto, el concepto de adicción cobra gran protagonismo en este campo, siendo oportuno destacar la definición que le otorga el Plan Nacional Sobre Drogas² (2008) en el glosario de términos de alcohol y drogas elaborados por la OMS:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (...) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (...) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. “Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable (p.14).

A su vez, la adicción suele ir ligada a la dependencia, concepto que es definido por la Organización Mundial de la Salud, dentro de este glosario, como:

² Extraído de: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Estado de necesitar o depender de algo o de alguien (...) para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal (p.29).

Las consecuencias que el consumo de sustancias adictivas puede acarrear son diversas, aunque principalmente se manifiestan sobre dos vertientes:

- Por una parte, a nivel social, económico y laboral: a causa del impacto socioeconómico de las drogas.
- Por otra parte, sobre la salud del propio individuo y su círculo más cercano.

Estas consecuencias pueden ser macrosociales y microsociales, en función de los contextos de influencia de las personas consumidoras o que son adictas a alguna actividad. Dentro del nivel macrosocial, se encuentra la propia sociedad en la que conviven estas personas y dentro del entorno microsocial, por su parte, se localiza el entorno familiar y el grupo de iguales (Quintero, 2015).

En cuanto a los términos empleados para referirse a las personas con problemas de drogas, hay que decir que en España estos han ido evolucionando, respondiendo a su vez a perfiles y factores diferenciados. Dichas terminologías se han ido construyendo en base a discursos corporativos de tipo médico, jurídico, policial, periodístico y de los profesionales que trabajan en el campo de las drogas (Nieves & Molina, 2014).

Esta evolución tanto de los conceptos como de las connotaciones que implican se ha visto influenciada por la época, los problemas asociados, las sustancias predominantes, la visibilidad y la percepción que tenía la sociedad, las instituciones de las que partían las definiciones y la atención mediática. Los conceptos empleados son, en orden:

- **Toxicómano:** persona que padece una toxicomanía. El hábito patológico de intoxicarse con aquellas sustancias que le producen sensaciones agradables o que suprimen el dolor.
- **Drogadicto:** persona que está habituada a las drogas.
- **Yonqui:** en la jerga de la droga significa la persona que es adicta a la heroína.
- **Drogodependiente:** adjetivo de drogadicto.

Es importante destacar que entre estos conceptos que han ido apareciendo existe una coexistencia. En los años 60 y 70 se empleaba el término de “toxicómano” para referirse a los consumidores de drogas, concepto que proviene del psicoanálisis y cuya connotación ha estado asociada a la concepción del individuo como un ser que vive en el límite de las normas sociales.

A partir de los años 80 comienzan a utilizarse conceptos como el de “drogadicto” y/o “yonqui” -de manera más coloquial-, con el objetivo de denotar al consumidos de heroína. El término de yonqui se ha empleado generalmente entre la población consumidora y por la sociedad, trayendo consigo unas connotaciones estigmatizantes y negativas pues es asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

Poco después surge el concepto de “drogodependiente”; paulatinamente va cambiando la perspectiva que se tiene de este fenómeno - antes iba automáticamente ligado a la delincuencia- pasando a ser considerado como una enfermedad que debe ser tratada. En este cambio de visión cobra gran importancia tanto la creación como la profesionalización de la red asistencial para dar respuesta a esa alarma social.

En los años 90 aumenta considerablemente el porcentaje de población consumidora que porta el VIH – contagios por vía parenteral- lo que supone la implicación del sector sanitario. Desde estos sectores se impulsa el concepto de “adicto” pues el término anterior centraba más la atención en la sustancia que en la persona.

Constantemente se están produciendo cambios en los perfiles de los consumidores, y tanto los patrones de consumo como la diversificación de sustancias, han evidenciado la necesidad de cambiar la terminología de referencia. Se está produciendo un aumento en el consumo de cocaína, cannabis y alcohol, las cuales vienen asociadas al ocio, así como al consumo espaciado y centrado en los fines de semana; todo esto no implica necesariamente una situación de marginalidad y de exclusión social ya que en realidad suele ir asociado a actos y relaciones sociales. Por todo ello, hoy en día se tiende a emplear la designación de “persona que tiene algún problema con las drogas” (Nieves & Molina, 2014).

2.2.2. FACTORES PSICOSOCIALES

No hay un motivo concreto por el cual una persona comienza a consumir sustancias adictivas, sino que esta se da como resultado de una variedad de factores y/o causas. Vargas y Mendoza (2017) definen los factores psicosociales como aquellas circunstancias de carácter psicológico y social que presentan una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos, pudiendo influir como factores de protección o de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de situaciones problemáticas (p.149).

Asimismo, delimitan al factor de riesgo como aquella característica individual, situacional o ambiental que incrementa la probabilidad de que se dé una situación problemática. Por su parte, los factores de protección hacen referencia a aquellas características individuales, situacionales o ambientales que inhiben o atenúan la aparición de dicha situación problemática.

Autores como Muñoz-Rivas, Redondo & Graña (2012) realizan una distribución de estos factores en base a:

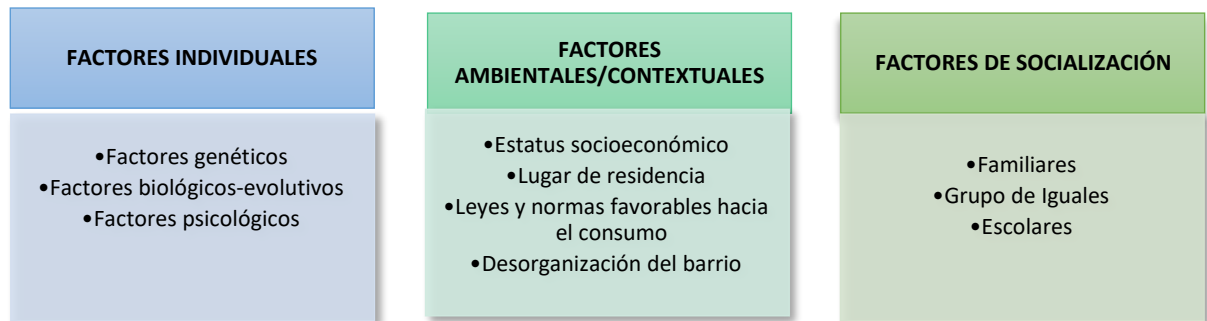


Ilustración 1. Factores psicosociales

En este supuesto, los factores psicosociales que influyen en el consumo de sustancias adictivas y que implican la búsqueda de sensaciones por parte de la persona consumidora, pueden agruparse en tres áreas: una individual -tiene que ver con un mayor riesgo para el abuso de drogas y está relacionada con factores genéticos, biológicos-evolutivos y/o psicológicos; otra de tipo ambiental o contextual, caracterizada por acumular una mayor evidencia empírica - aquí se encuentra el estatus socioeconómico, el lugar de residencia, las leyes y las normas que favorecen el consumo y la desorganización del barrio; y, por último, el factor de socialización: la forma que la persona adicta tiene de relacionarse con su familia de origen -en base a la disciplina, la estructura y la composición familiar, las actitudes y las conductas que se tengan hacia el consumo de drogas-, las relaciones afectivas y la comunicación con el grupo de iguales y aquellos indicadores escolares que puedan ser relevantes -abandono escolar, fracaso académico-.

Otros autores, como es el caso de Royo Isacha (Duque, 2014) han realizado su propio abanico de factores de riesgo y protección que, aunque son muy similares a los anteriores, presentan alguna diferencia importante. Dentro de estos se encuentran:

- **Factores Personales:** Son aquellos que mueven al ser humano a la búsqueda y consumo de sustancias. Aquí cobra importancia la edad de la persona, ya que cuanto más temprano sea el contacto con las drogas mayor es el grado de vulnerabilidad, aunque también influye la salud mental y/o física del consumidor y la predisposición genética a parecer enfermedades mentales.

Forman parte de los factores de riesgo y/o protección el carácter y la formación de la persona, la tolerancia que tenga a la frustración, el poseer una baja autoestima, la necesidad imperiosa de aprobación social, etc. Las situaciones críticas en la vida de una persona, tales como los problemas familiares, las enfermedades, fallecimientos, rupturas, problemas laborales.... son factores de riesgo que pueden provocar una carga excesiva para la persona, lo que puede llevarla al consumo de drogas con el fin de evadirse de la realidad de la que tratan de escapar.

- **Factores Microsociales:** Dentro de estos tiene gran importancia la familia, entendida como el grupo primario en el cual se configura la mentalidad y la personalidad del individuo.

El modelo familiar, la forma en la que se comporten sus miembros y la actitud de estos ante las drogas va a constituir un factor básico de riesgo en el posible inicio en el mundo de sustancias adictivas; el clima afectivo que se da en la familia cobra gran relevancia, así como los posibles conflictos familiares y la falta de comunicación o de responsabilidad por parte de las figuras paternas. De igual modo, también pueden ser un gran factor de protección mediante la realización de conductas preventivas.

- **Factores Macrosociales:** hace referencia a los valores de la comunidad, a las leyes y las normas que favorecen el uso de las drogas. Por ejemplo, la accesibilidad que hay para conseguirlas en el mercado (alcohol y tabaco).

Dentro de este factor de riesgo hay que tener en cuenta que en los entornos en donde predomina la privación económica y/o social puede que arraigue el consumo y el tráfico de drogas con mayor facilidad. En consecuencia, y empleando una visión bio-psico-social del fenómeno, se pueden tener en cuenta algunos factores e indicadores concretos (ANEXO IV).

2.2.3. LEGISLACIÓN

A nivel normativo, en el año 1985 se aprobó en España el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), constituyendo la primera iniciativa que fue promovida por el Gobierno de la Nación respecto a este ámbito, aportando con ello una estructura administrativa - la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas- y una dotación presupuestaria finalista. Cabe destacar que lo más característico de esta etapa fue la aparición y la rápida expansión de la heroína, el gran impacto que tuvo y la destacable demanda asistencial que provocó a mitad de los años ochenta. En lo que respecta al alcohol, el consumo de este se consolidó en España a finales de los sesenta, iniciando un proceso de alcoholización de la sociedad española (Martín, 2007).

El propósito del PNSD es el de coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo en las entidades sociales y en las Administraciones Públicas de España en materia de drogas. Dentro del fenómeno de la drogadicción, este Plan persigue las siguientes líneas de actuación:

- Promover una política de actuación que posibilite la disminución de la oferta y la demanda de las drogas.
- Proveer de una red de centros asistenciales para aquellas personas con problemas de adicción a las drogas.
- Desarrollar las reformas legales necesarias para afrontar con éxito los problemas relacionados tanto con el consumo como con el tráfico de drogas.
- Coordinar de forma eficaz la actuación conjunta de todos aquellos organismos del Estado que se dediquen a este campo de intervención.
- Propiciar la participación y la responsabilidad de toda la ciudadanía.
- Impulsar las distintas actividades y programas que realizan en este ámbito distintas Instituciones autonómicas, locales y Organizaciones no gubernamentales³

En los años que siguieron a la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas se decretaron en España la gran mayoría de los Planes Autonómicos y algunos de los municipales más importantes. Basándose en un consenso institucional, político y social se creó un plan global que generó grandes expectativas y que provocó consecuencias tales como que se asignaran importantes dotaciones presupuestarias específicas para la atención de las drogodependencias; se creó la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; se establecieron los Planes Autonómicos sobre Drogas basados en unas estructuras efectivas de planificación, gestión y coordinación autonómica, etc. (Martín, 2007).

Para conocer la legislación española que abarca el ámbito de las drogas realizo un resumen de los datos ofrecidos por el PNSD⁴, documento que ha sido actualizado el 31 de julio del año 2019:

Se constata que el primer texto legislativo en el cual se hace alusión al campo de las toxicomanías es la Constitución Española de 1978 ya que, como aparece reflejado en dicho documento, el Estado Español ha

³ Extraído del Plan Nacional sobre Drogas (2000), disponible en:

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/Introduccion/pdf/pndfolleto2000.pdf>

⁴ Extraído de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf

de velar por la salud pública de los ciudadanos. Los instrumentos jurídicos empleados para procurarla son el Código Penal (1995), la Ley de Estupefacientes (1967) y la Ley del Medicamento (1990).

Como refleja Quintero (2015), la Ley de Estupefacientes pretende:

- Configurar la cooperación internacional directa y estrecha, como único medio para orientar y obtener un rendimiento satisfactorio de acción interna.
- La coyuntura de una organización especializada que sea capaz de responder ágilmente y con sensibilidad a las peculiares necesidades administrativas y policiales en materia de drogas, aunque esté integrada en cuadros administrativos ordinarios.
- Persigue el objetivo de realizar una especial actuación del Estado sobre los estupefacientes: con un grado singular de intervención y vigilancia en todos los campos posibles, desde su producción hasta su consumo.
- La creación y el funcionamiento de centros asistenciales especializados.

Tras esta Ley, se aprobaron dos leyes nuevas de gran peso en el ámbito administrativo:

- Ley 25/1990, 20 de diciembre de 1990, del Medicamento. Las sustancias psicotrópicas y los estupefacientes son reconocidos como medicamentos, sometiendo su tratamiento a lo establecido en ella.
- Ley Orgánica 1/1992, 21 de febrero de 1991, de Protección de la Seguridad Ciudadana. Presta especial atención al tratamiento que se da del consumo y al régimen legal español sobre drogas.

Las leyes actuales sobre drogodependencias extraídas del PNSD (2019) quedan recogidas en la siguiente tabla:

AREAS	OBJETO	LEGISLACIÓN
A) CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA	Constitución española, 27 diciembre de 1978	
B) NORMA ADMINISTRATIVA BASICA	Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024, aprobada por acuerdo del consejo de ministros del día 9 de febrero de 2018 (este acuerdo no ha sido publicado en el BOE)	

AREAS	OBJETO	LEGISLACIÓN
1. Estupefacientes		Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional
		Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de Naciones Unidas.
2. Sustancias Psicotrópicas		Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.
		Orden de 14 de enero de 1981, por la que se desarrolla el real decreto 2.829/1.977 que regula las sustancias y preparados medicinales psicótopos.
3. Bienes decomisados		LEY 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.
C) REGULACIÓN DE LA PRODUCCIÓN, USOS, CONSUMO Y TRÁFICO LÍCITOS		
1. Cultivo		Orden de 7 de mayo de 1.963 sobre cultivo y recolección de plantas destinadas a la producción de estupefacientes
2. Fabricación, comercio, prescripción, dispensación e inspección		Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (Deroga la Ley 29/2006, de 26 de julio)
3. Regulación de tratamientos con opiáceos		Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, que regula los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos

AREAS	OBJETO	LEGISLACIÓN
4. Farmacovigilancia	LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.	
D) REGULACIÓN DE VENTA, CONSUMO Y PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y TABACO	Real Decreto-ley 17/2017, de 17 de noviembre, por el que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014	
	Real Decreto 1100/1.978, de 21 de mayo por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado	

Tabla 1. Leyes actuales sobre drogodependencias (PNSD)

Además de lo mencionado anteriormente, y haciendo referencia a Aragón, la Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón establece, en su Título III, que la prevención de las adicciones forma parte de las líneas estratégicas a las que deben dar respuesta las prestaciones de Salud Pública establecidas en la Cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma de Aragón⁵.

⁵ Ley Nº137, 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón. Disponible en: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/ORCO/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=954345655959>

2.3. LA FAMILIA

2.3.1. CONCEPTO

Numerosos autores han dado una definición propia al término de familia, personas tales como Andolfi (2001) la han definido como el *“todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales”* (p.17), mientras que otros escritores como Botella (2007) la sintetizan en la idea de los lazos afectivos más importantes que se producen entre las personas y la existencia de una implicación emocional duradera. La Real Academia Española⁶, por su parte, define la familia como un *“grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”*. Ante todo, la familia simboliza la base de la identidad de una persona a través del sentido de pertenencia, siendo este proceso determinante en la evolución de la estructura personal de todo individuo.

El fin último de la familia es el de asegurar tanto la continuidad como el crecimiento psicosocial de sus miembros, procesos que se dan a través del equilibrio dinámico entre la tendencia homeostática – caracterizado por tratar de mantener en equilibrio del sistema dentro de ciertas condiciones- y la capacidad de transformación. Se trata de círculos retroactivos que actúan a través de un mecanismo complejo de retroalimentación (feed-back) orientados hacia el mantenimiento de patrones de conducta predecibles - retroalimentación negativa- o bien hacia el cambio -retroalimentación positiva (Andolfi, 2001). Por su parte, la retroalimentación es entendida como el proceso a través del cual el sistema regula sus respuestas a los estímulos del exterior, aludiendo al mantenimiento homeostático de los sistemas.

Mediante la perspectiva sociológica se aprecia que los primeros contactos de socialización que realiza la persona tienen lugar en el seno de la familia, pues es donde comienza el proceso de la comunicación, donde se expresan las normas sociales y se aprende a tratar a las demás personas como iguales. También es el lugar en el que surgen los primeros conflictos y en donde se adquieren valores familiares y sociales⁷.

Asimismo, el ciclo vital de toda persona se explica, desde la psicología tradicional, como el periodo de tiempo que transcurre desde que la persona nace hasta que muere, pero, desde la perspectiva sistémica, es entendido como un complejo sistema que va evolucionando con el tiempo. En base a esto, el ciclo vital de una familia es visto como una consecución de transiciones familiares en donde tiene lugar la renegociación de las reglas interaccionales (Feixas, Muñoz, Compañ & Montesano, 2016).

⁶ Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es/familia>> [19.04.2020].

⁷ Extraído de “las familias del drogodependiente”: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/64.pdf>

El ciclo vital de una persona está compuesto por diversas etapas, las cuales son: la emancipación de la familia de origen, la formación de una relación, la creación de una familia con hijos pequeños, la familia con adolescentes, la independencia de los hijos y la tercera edad o vejez (Gracia, Josa & Montesa: las familias del drogodependiente).

2.3.2. TIPOS DE FAMILIAS

Con el paso del tiempo el concepto de familia ha ido evolucionando, adaptándose a las nuevas realidades mediante la aparición de nuevos modelos familiares. Así, por ejemplo, durante la sociedad postindustrial la familia tradicional representaba el modelo de referencia para la inmensa mayoría de personas; actualmente este modelo se ha visto influido por cambios que han afectado a todo el sistema familiar.

Dentro de los tipos de familias que existen, se encuentran⁸:

- **Familia de origen:** Conformada por una sola línea de descendencia en donde sus miembros están unidos por fuertes lazos de consanguinidad, conviviendo todos en el mismo núcleo familiar. Dicho modelo está compuesto por los subsistemas conyugales y parentales, entre otros, y se desarrollan profundos sentimientos de afecto, intimidad e identificación.
- **Familia extensa:** Dentro de esta se encuentran todos aquellos miembros de consanguinidad, con independencia de que vivan juntos o no.
- **Familia nuclear:** Hace referencia a los miembros de una familia que viven en la misma vivienda; generalmente se trata de la familia de origen, aunque también puede haber otros miembros familiares, como son los abuelos. Existen distintos tipos, como es la familia nuclear simple, la familia nuclear biparental, familia nuclear monoparental, etc.
- **Familia reconstituida:** Formada por dos personas adultas que crean una nueva familia, pudiendo traer a un hijo de una relación de pareja anterior.

⁸ Información extraída de: <https://www.psicologia-online.com/9-tipos-de-familia-que-existen-y-sus-caracteristicas-4590.html>

- **Familia monoparental:** Constituida por uno de los dos progenitores y sus hijos. Dicha situación puede darse por una separación matrimonial, un abandono, un divorcio, un fallecimiento o por una ausencia ocasionada por motivos forzosos -migración, cárcel, trabajo- de uno de los progenitores.
- **Familia numerosa:** En donde el número de hijos es igual o superior a tres, aunque este número varía dentro de cada país. En España pueden darse dos tipos: las familias numerosas generales y las familias numerosas especiales (cuando se superan los 5 hijos).
- **Familia homoparental:** Situación que se da cuando los progenitores tienen el mismo sexo.
- **Familia adoptiva:** Suceso de carácter permanente en la cual un niño es adoptado por unos padres no biológicos para formar una familia.
- **Familia de acogida:** Situación dada cuando unos padres no biológicos acogen durante un tiempo determinado a un menor, siendo la principal diferencia con la familia adoptiva la cantidad de tiempo que pasarán juntos.

Numerosas investigaciones concluyen que el tipo de familia que tenga la persona no tiene especial relevancia a la hora de determinar un futuro consumo, sino que, más bien, esta realidad podría darse en base a variables que se ven implicadas en el funcionamiento y en el clima familiar asociados, por ejemplo, a los procesos de separación o divorcios conflictivos. Es decir, no es tan relevante el tipo de familia o el proceso por el que pasen sino la manera en la que afrontan la nueva situación, la mayor o menor adaptabilidad que presenten los hijos ante la nueva realidad (Musito, 2006).

2.3.3. FACTORES PSICOSOCIALES

El fenómeno de la drogodependencia no puede ser estudiado desde una única perspectiva debido a la gran complejidad que supone. Por ello, para su análisis es necesario tener en consideración una gran variedad de factores individuales que interactúan con otros factores de carácter ambiental y macrosocial. Numerosos estudios que se han realizado al respecto han demostrado que los procesos sociales son factores explicativos fundamentales tanto del inicio como de la permanencia en el consumo de drogas, teniendo aquí gran importancia los correlatos que relacionan dicho consumo con la influencia positiva o negativa de la familia y del grupo de iguales.

Partiendo de que la familia representa el contexto más cercano de todas las personas y de que constituye el sistema de apoyo de mayor importancia para el bienestar de todos sus miembros, señalar que esta ha sido también analizada como fuente de posibles factores de riesgo que llevan asociados el consumo de sustancias de los hijos, dentro de los que se destaca el papel del estilo educativo parental, la importancia que presentan los padres como modelos de conducta y la calidad de las relaciones mantenidas entre padres e hijos (Musito, 2006).

En lo que respecta a la práctica de educación parental, algunos estudios apuntan a que los estilos educativos empleados por los progenitores representan uno de los principales factores explicativos del consumo de sustancias adictivas en los hijos. Se trata la posibilidad de la existencia de determinados patrones parentales que predicen tanto el inicio como la continuación en el consumo de drogas (Baumrind, 1991), observándose, a modo de ejemplo, que tanto el estilo parental permisivo, en donde se da una prevalencia del afecto sobre el control de la conducta en los menores, como el estilo parental autoritario, tienen gran relevancia en el proceso de adicción en adolescentes.

Dentro de los factores que facilitan la conducta del consumo de drogas se encuentra la ausencia de comunicación paternofilial y las pautas negativas de comunicación -críticas, dobles mensajes, etc.- mientras que la buena comunicación y la capacidad de discusión de los conflictos familiares son funciones protectoras frente al consumo de sustancias. Las relaciones positivas dadas entre los miembros de la familia en donde predomina la vinculación emocional, así como la cohesión y la coherencia en la visión que empleen los padres sobre la educación de sus hijos, representa un factor positivo de prevención frente a las drogas.

No obstante, aunque es cierto que tanto la proximidad como la unión que se produce en el entorno familiar representa una barrera frente al consumo, se puede ver influida por la percepción que los hijos tienen del propio consumo de los padres ya que se debe considerar la posibilidad de que los progenitores consuman, destacando aquí la importancia del aprendizaje por modelado.

Por tanto y a modo de resumen, dentro del núcleo familiar la influencia en el consumo de sustancias adictivas en los hijos se puede analizar desde las actitudes que tienen los padres hacia el consumo y desde el efecto del aprendizaje por modelado. Además de esto, también es relevante la existencia de pautas educativas inadecuadas y los posibles problemas de relación en la familia como factores asociados al consumo de sustancias en la adolescencia (Musito, 2006).

Los factores psicosociales que están relacionados con el consumo de sustancias adictivas influyen notablemente sobre la salud del individuo, dando lugar a conductas autodestructivas. Dentro de estos se incluyen los factores interpersonales, es decir, las relaciones que mantiene el individuo con sus iguales (Vargas & Mendoza, 2017). El consumo de sustancias adictivas se ve muy influenciado por el entorno y el contexto en el que se encuentre la persona, siendo conductas socialmente aprendidas durante la juventud.

Las habilidades emocionales del individuo, la privación económica o social y la autoestima, son también factores determinantes en el momento de iniciarse en el mundo de las drogas.

2.3.4. LA FAMILIA DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS

Multitud de autores han realizado investigaciones con el fin de determinar las características más frecuentes de las familias de personas toxicómanas. Dentro de estas se encuentran las realizadas por:

David M. Reilly: afirma que, dentro del patrón de abusos de sustancias, se encuentran los problemas de pérdida, duelo, y la angustia de separación en la familia.

M. Duncan Stanton: sostiene que la drogodependencia es entendida como parte de un proceso cíclico formado por tres o más personas (generalmente los padres) en donde la conducta del individuo adicto posee una notable labor protectora, perpetuando el equilibrio homeostático del sistema familiar.

Guy Ausloos: realiza una distinción entre las familias. Por un lado, estarían aquellas que apoda como *“de transición caótica”*, caracterizadas por generar personas delincuentes o drogodependientes en donde destaca el que no poseen reglas estables, sino que continuamente están cambiando; y por el otro lado, las familias *“de transición rígida”* en las cuales se formarían individuos psicóticos y que se caracterizarían por unas reglas extremadamente firmes.

Siguiendo con la aportación realizada por Ausloos, las *“familias de transición caótica”* presentan unos límites abiertos y permeables, lo que supone que la información no sea retenida ni elaborada por la persona receptora. A su vez, los comportamientos que exhiben sus miembros aparecen desordenados, sin relación entre sí, tendiendo a buscar a alguien que medie entre ellos y sus disputas con la sociedad (Palacios, 2011, p. 221).

La relación entre el comportamiento que tienen las familias ante la adicción de uno de sus miembros junto con la droga es analizada por Luigi Cancrini, el cual distingue cuatro categorías de adicción en base a la consonancia que se da entre la organización psicológica individual, el síntoma y la organización familiar. Este autor parte de la idea de que había un sufrimiento previo a la aparición de la droga.

- 1) **Adicción Traumática:** El fenómeno de la drogodependencia se da como consecuencia de un suceso traumático que envuelve a toda la familia original -el fallecimiento de un ser querido, la ruptura de la pareja parental...- y que provoca un sentimiento de culpa en el sujeto. Se crea un desequilibrio psíquico en la persona ante la imposibilidad de expresar ese duelo patológico generado por el trauma.

- 2) **Adicción de Neurosis Actual.** La estructura familiar se suele caracterizar por la existencia de un progenitor muy implicado en la situación del adicto y otro cuya conducta es periférica. Puede existir un triángulo perverso, límites débiles, el estereotipo del adicto siendo contemplado como “malo” frente a otro que es visto como “bueno”. También es frecuente la aparición de un sistema familiar en el que se dan mensajes contradictorios, paradójicos y en donde los conflictos se desarrollan de manera rápida y violenta, dándose un problema no resuelto entre los progenitores que es suavizado por la adicción del hijo.

Dentro de este tipo de adicción, que suele ser la más frecuente, se encontrarían, principalmente, adolescentes que comienzan su proceso de individualización y jóvenes adultos que están en la fase de abandono del hogar, momentos en los que se dan comunicaciones contradictorias. Además, es importante destacar que el triángulo perverso mencionado, la denominada triangulación que surge a raíz de una diada formada por un progenitor y el hijo, representa un tipo muy importante de disfunción dentro de la familia del adicto y referido a la estructura familiar.

- 3) **Adicción Transicional.** Esta categoría se caracteriza por el esfuerzo de no definir las relaciones, es decir, se transmiten numerosos mensajes incongruentes. La familia emplea la enfermedad en sí misma como una solución, adoptando posturas de autosacrificio. Este suceso constituye un trastorno comprendido entre la neurosis y la psicosis; la droga funciona como una válvula de escape para la psicosis. En estas situaciones, a pesar de la extrema unión que se da entre los progenitores, existe un divorcio emocional entre ambos dado que la enfermedad del adicto es empleada como una solución a otro tipo de problemas latentes.

- 4) **Adicción Antisocial y Sociopática:** En estos casos, las familias generalmente suelen pertenecer a clases sociales bajas en donde sus miembros acostumbran a moverse en órbitas aisladas, aparentando no tener ninguna interdependencia entre sí. Son hijos de familias multiproblemáticas que hacen uso de las drogas con el fin de “autodestruirse”. Se trata de individuos que tenían dificultades para adaptarse antes de la adicción.

Generalmente, estas personas han experimentado separaciones de personas significativas durante la infancia, y tienden a una personalidad antisocial o psicópata. De igual modo, el conflicto psíquico suelen expresarlo a través de la adicción, empleando drogas tanto estimulantes como depresoras.

Las familias de esta última categoría constituyen el prototipo de la madre sobreprotectora que tiene una actitud comprometida y dramática en relación con el adicto, el cual es definido por ella como el más fácil

de criar y como un “buen” hijo. El padre, por su parte, suele tener una postura periférica en cuanto a la situación, sin compromiso alguno y estando ausente; la relación padre-hijo suele ser descrita por el hijo como negativa y un gran número de estos padres suelen manifestar problemas con el alcohol u otras sustancias (Palacios, 2011, p.225).

Tras lo mencionado anteriormente se extrae la conclusión de que, dentro de las causas y consecuencias microsociales del proceso de la drogadicción, adquiere un gran protagonismo la familia, siendo esta la que en numerosas ocasiones debe plantearle un ultimátum a la persona que presenta problemas de adicción, debido a la imposibilidad de mantener la situación por más tiempo. Dicho ultimátum suele ser el de rehabilitarse o el de marcharse de casa hasta que no estén “curados”. Normalmente, esta situación de tensión genera en el adicto una respuesta: la de percatarse de la gravedad del problema y ser capaz de pedir ayuda para lograr rehabilitarse, saliendo del mundo de la adicción.

También es importante decir que dentro del fenómeno de la drogodependencia -y tomando en consideración el papel que tiene la familia en dicho proceso-, cobra gran relevancia el concepto de codependencia, situación que se da cuando la persona que mantiene una relación de dependencia emocional y/o afectiva convierte al consumidor en su prioridad principal, viviendo en función de él/ella y empleando una serie de reglas ineficaces con el propósito de “curar” a la persona drogodependiente, dentro de las cuales se encontraría, por ejemplo, la justificación y la hiperprotección. Son varias las motivaciones, tales como el temor a las consecuencias si se abandona al consumidor, el conseguir algún cambio en la situación actual, los periodos de abstinencia intermitente que el codependiente puede asociar a su propia conducta, etc. (Botella, 2007).

Para concluir y a modo de resumen, en el momento de realizar un abordaje familiar la propia familia debería ser considerada como un sistema que se autogobierna por unas reglas que se van constituyendo con el transcurso del tiempo, mediante los intercambios y las comunicaciones que se dan entre sus miembros. Cualquier conducta que se realice constituye una comunicación que va a llevar implícito un mensaje y que, a su vez, va a provocar una respuesta, siendo este el motivo por el cual dentro de la terapia familiar la intervención que se desarrolla no tiene que ver tanto con comprender las formas en que las causas de los problemas de la persona tienen su origen en la familia sino como en prestar atención a las características de la interacción entre los miembros de una familia que promueve e inhibe el funcionamiento de los individuos y de la familia como un todo.

La familia, por tanto, es un sistema que se autorregula a través de un funcionamiento homeostático con el fin de preservar el equilibrio del propio sistema. Dentro de este equilibrio se dan distintas etapas que pueden conllevar una crisis para el ciclo familiar, ya sea una ruptura familiar, un matrimonio, el fallecimiento

de uno de sus miembros, la emancipación de algún hijo, la situación de paro laboral, jubilaciones, etc. Estos momentos críticos constituyen cambios en las etapas del ciclo familiar y son los momentos en los que existe una mayor probabilidad de que la familia desarrolle síntomas.

La iniciación en el mundo de la droga depende de diferentes factores -el propio individuo, el contexto, la disponibilidad de la sustancia...-, pero es importante destacar que, en una alta proporción de los casos, el desarrollo de la conducta adictiva está condicionada por factores familiares (Palacios, 2011).

2.4. EL CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA – PROYECTO HOMBRE

2.4.1. HISTORIA

Durante los primeros años de 1980 se produce en España un gran incremento de las drogodependencias provocada, en gran parte, a que el consumo de la heroína se expande y a que surgen los primeros casos de drogodependencias en donde se visualizan situaciones de delincuencia y marginalidad.

Esta alarma social genera inquietud en algunas personas e instituciones, propiciando el nacimiento de lo que hoy en día se conoce como la Asociación de Proyecto Hombre. No obstante, debido a que en España no existían servicios de atención ni proyectos consolidados, la emergente fundación se apoyó en las prácticas profesionales y organizaciones de otros países que buscaban ofrecer una solución global a esta problemática, dentro de las cuales se encontraba Italia.

Esto supone que el método empleado en Proyecto Hombre recoge la experiencia del Centro Italiano de Solidaridad (CEIS) el cual está basado en modelos de intervención reconocidos internacionalmente. En 1984, y tras haber adaptado la metodología a la realidad española, surge el primer “Centro de Proyecto Hombre”, en Madrid.

En lo que respecta a la “Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza- Proyecto Hombre” decir que fue constituida en el año 1985 de la mano de la Archidiócesis de Zaragoza, con el objetivo de promover *“La defensa de los hombres y mujeres de cualquier condición frente a la drogadicción...”* incluyendo en el proceso a la familia, en la manera de lo posible⁹.

La puesta en marcha del programa educativo terapéutico Proyecto Hombre fue la primera tarea emprendida por el Centro de Solidaridad de Zaragoza, para la rehabilitación y reinserción de personas drogodependientes. Con el transcurso del tiempo, esta Fundación ha ido adaptándose a las diferentes necesidades, situaciones y perfiles de los usuarios que precisan de ayuda.

Desarrollan cuatro tipo de programas: las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones - gestionan por contrato público dos centros dentro de la Cartelera de Sanidad del Gobierno de Aragón, trabajando de manera ambulatoria el área de diagnóstico y el área de tratamiento-; el programa de prevención; el programa de familias, siendo el objetivo principal el de orientar, capacitar y apoyar a las familias de los pacientes; y el programa de Proyecto Hombre, un recurso de carácter residencial que emplea una visión individualizada en un contexto grupal -Comunidad Terapéutica-.

⁹ Extraído de: <http://www.fundacioncsz.org/>

2.4.2. MISIÓN Y VISIÓN

La Asociación de Proyecto Hombre está caracterizada por ser un lugar de encuentro en el que se intercambia trabajo, experiencias y conocimientos con el fin de mejorar el servicio que se ofrece a la sociedad. Asimismo, esta entidad se declara aconfesional, es decir, no está reconocida ni adherida a ninguna religión en particular a pesar de tener acuerdos con instituciones religiosas. También está reconocida como apartidista y sin ánimo de lucro.

A través de su página web se informa de que persigue unos valores concretos, como son, entre otros: el respeto por la persona, incluyendo su dignidad y su posibilidad de ser; la confianza del equipo terapéutico en la capacidad del individuo para resolver sus problemas; el compromiso social y la solidaridad; la importancia del voluntariado, empleado de referente como estilo de vida por su generosidad y sentido de la gratuidad. Además de estos, la honestidad y la comunicación forman parte de los valores primordiales que han de ser cultivados durante todo el proceso terapéutico.

La misión del Centro de Solidaridad de Zaragoza-Proyecto Hombre (CSZ-PH), dentro de la Comunidad Aragonesa, es la de realizar tareas de investigación, divulgación y prevención de riesgos derivados de los distintos tipos de adicciones, atendiendo a aquellas personas y a sus familias que presenten problemas asociados a las mismas, basando la actuación en las capacidades de individuo para resolver sus problemas.

De este modo, trabajan bajo la convicción de que la droga puede constituir exclusivamente un episodio en la vida de una persona ya que el ser humano posee una fortaleza innata que le hace posible cambiar, y evolucionar, aprendiendo a vivir sin ningún tipo de dependencia.

En lo que respecta a la visión, contemplan una sociedad en la que está cada vez más normalizado el uso de las drogas y en la que cada vez se tiene una menor conciencia de las problemáticas que estos consumos pueden acarrear. Por eso, su preocupación con respecto a esta situación se encuentra en puntos concretos, como son: las consecuencias que el consumo ocasiona, la forma en la que algunas personas y grupos inclusive, viven su ocio, la cruda realidad de que la edad de inicio en el mundo de las drogas es cada vez menor y el hecho de que cada vez hay un mayor porcentaje de personas que recurren a dicho consumo.

Estas nuevas situaciones pueden ser valoradas, estudiadas y tratadas en el CSZ-PH ya que se trata de un lugar de alta especialización y de referencia en el tratamiento y prevención de las adicciones que emplea un modelo organizativo flexible capaz de dar respuesta a los estándares de calidad más exigentes.

2.4.3. INTERVENCIÓN

La fundación realiza una intervención diferenciada entre la persona que presenta la adicción a las drogas y la familia, corroborando empíricamente los beneficios que acarrea esta manera de actuar. Con el transcurso del tiempo se han ido produciendo cambios en la sociedad, tanto en la normalización de algunos consumos como en la aparición de otros, lo que ha provocado que el CSZ-PH, ante las nuevas realidades, haya tenido que realizar cambios tanto en la metodología como en el diseño de nuevas intervenciones.

De este modo y partiendo de la contemplación de la adicción como el síntoma de un problema personal que se debe trabajar desde la acción educativa y terapéutica, la fundación emplea un enfoque biopsicosocial basado en lograr la autonomía total de la sustancia. Concretamente, el enfoque *biopsicosocioespiritual* que utilizan presenta una clara herencia del humanismo existencial, caracterizada por el uso de modelos psicológicos para abordar aspectos de la persona y de su familia.

Consiste en tomar los instrumentos y las técnicas más pertinentes en cada momento, principalmente de la terapia sistémica, de la Gestalt, la logoterapia y la terapia cognitiva conductual, entre otras. Dicho enfoque hace referencia a las partes:

- **Biológico:** En referencia al comportamiento. El objetivo general consistirá en pasar de un comportamiento autodestructivo a uno socialmente adecuado.
- **Psicológico:** El nivel cognitivo. El objetivo general será el de afianzar una estructura cognitiva que sea funcional, propia y autónoma.
- **Social:** El nivel afectivo. Como objetivo general estará el de pasar de la dependencia a la autonomía, de la soledad y egoísmo a la pertenencia afectiva y la valoración de los demás en su vida. Descubrimiento del yo emotivo.
- **Espiritual:** Nivel existencial. El fin último es de pasar de una actuación dirigida por el deseo y la satisfacción inmediata a una actuación en coherencia con una escala de valores que la persona elija, dando sentido a su vida¹⁰.

Esta entidad ofrece una gran variedad de servicios y recursos, como, por ejemplo: los servicios médicos; el servicio en el ámbito penitenciario (en la cárcel de Zuera y ocasionalmente en la cárcel de Daroca, a través del GAD -grupo de atención al drogodependiente-); servicios jurídicos... Respecto a los centros, destaca el programa residencial de la Comunidad Terapéutica ya que forma parte de la red de Atención a Drogodependientes de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón¹¹ -con 45 plazas públicas-; las

¹⁰ Extraído de memoria de prácticas del Centro de Solidaridad de Zaragoza-Proyecto Hombre.

¹¹ Extraído de memoria de 2018 del CSZ: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/296.pdf>

Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones en donde se trabaja de manera ambulatoria, estando dividido en el área de diagnóstico y el área de tratamiento. Esta última comprende varios programas, dentro de los cuales destacan el Programa de Mantenimiento de Metadona (ULISES); el Programa de Alcohol; el Programa de Cannabis; el Programa Altair -para consumidores de cocaína u otros psicoestimulantes-; el Programa de Jóvenes Tarabidan, que está orientado a los menores de edad, el Programa de Atención a Familias, etc.

Haciendo alusión a este último programa, dentro de la terapia familiar se sigue la filosofía de la teoría sistémica, entendiendo el sistema como un conjunto de elementos interconectados entre sí que se retroalimentan. Dicho sistema puede ser abierto -se da cuando se produce un intercambio de información y/o energía en el entorno- o cerrado, cuando no hay ningún tipo de intercambio. Este modelo considera que para obtener un resultado más fiable y duradero se debe trabajar con los distintos integrantes del sistema familiar, pues no solo se pretende lograr un abandono del consumo sino también el evitar posibles recaídas. Es importante destacar que la intervención con la persona adicta comienza a realizarse únicamente si esta quiere, es decir, debe iniciar el tratamiento de manera voluntaria, a no ser que se trate de casos especiales como aquellos que involucran a menores o sentencias judiciales.

Mediante el uso de esta metodología se puede analizar la manera en la que el paciente identificado y sus familiares participan tanto en la aparición como en el mantenimiento del síntoma. En lo que respecta a las intervenciones preventivas, en la entidad proporcionan atención a familias preocupadas y a parejas en situación de crisis.

- **Atención a padres preocupados:** Se suministra una atención telefónica. Generalmente solicitan información pues tienen un familiar que se niega a dejar de consumir, se suelen mostrar muy preocupados y desbordados, dándose situaciones muy angustiosas y frustrantes. En este caso, el equipo de familias se pone en contacto con ellos y les concierta una entrevista a través de la cual se tratan todas sus dudas y se les comenta el funcionamiento del centro. El objetivo de esta intervención es el de valorar el alcance que tiene la situación, recomendar las pautas a seguir o el ingreso en algún dispositivo de ayuda, si lo requiere, y reducir el nivel de conflicto familiar.
- **Parejas en situación de crisis:** En este caso, la intervención se centra exclusivamente en el área familiar. Los profesionales valoran que no se precisa una intervención individual, sino que se necesita realizarla con la pareja, aunque el número de casos de este tipo es escaso. Se suele tratar de personas drogodependientes que han estado con anterioridad recibiendo tratamiento terapéutico en el centro, cuyas parejas están preocupadas al darse algún consumo puntual, sin llegar a una recaída.

El realizar una intervención familiar específica profesionaliza los dispositivos, cualificándolos y logrando aumentar tanto el nivel de éxito de los tratamientos como las perspectivas de inserción social, dando importancia a la relación existente entre la familia y las adicciones¹².

A través del Programa de Atención a Familias pretenden apoyar a las familias de origen y/o de creación del paciente, realizando actuaciones de apoyo psicológico, social y educativo a la estructura de la familia y a la dinámica de relación de la unidad de convivencia. Se trata de un programa configurado de forma transversal y que en Zaragoza se encuentra al servicio de los tres centros: las dos UASAS y la Comunidad Terapéutica. Las características del PAF son: la disponibilidad de terapia familiar para cada paciente que lo necesite, siendo esta intervención planificada, continuada y revisada; la visión global de la familia como objeto de intervención; el trato profesional es realizado por terapeutas familiares debidamente cualificados; el trabajo se realiza paralelamente al proceso de la persona drogodependiente; impulsa la dinámica grupal, etc.

Asimismo, este programa sostiene que la intervención se reduce considerablemente si al paciente únicamente se le atiende desde el ámbito individual y desde una perspectiva clínica, reduciendo la intervención en su dimensión social lo que supone una pérdida para el paciente, los profesionales y la propia sociedad. De igual modo, esto supone para el profesional el desarrollar un diagnóstico limitado, erróneo y con graves consecuencias en el proceso de recuperación.

¹² Extraído del Programa de Atención a Familias con pacientes drogodependientes y/o menores con conductas de riesgo.

3. METODOLOGÍA

Dentro de las ciencias sociales, la investigación científica puede ser abordada desde dos paradigmas metodológicos: el cuantitativo y el cualitativo.

En el presente trabajo he decidido emplear el enfoque cualitativo con el objetivo de arrojar a la investigación un resultado cercano y válido sobre la situación que trato de estudiar. El estudio bibliográfico de este campo concreto será contrastado con las percepciones de los profesionales del CSZ-PH que están en contacto con el colectivo.

En todo momento serán dos los objetivos generales de este trabajo. Por un lado, el de valorar el lugar que la familia ocupa dentro del proceso de adicción del individuo, ya sea en el momento de iniciar el consumo, de salir de este o de recaer, considerado esto último como parte del proceso de recuperación. Por otro lado, el de descubrir si se está produciendo un cambio en el consumo de drogas y, en caso de ser así, averiguar cuál.

En lo que respecta a los objetivos específicos, se pretende revelar la percepción que la sociedad tiene sobre las adicciones, estudiar la tipología de las drogodependencias en la actualidad, descubrir si la intervención terapéutica realizada con el paciente es beneficiosa para la persona de la familia que tiene el rol de cuidador y conocer si se conoce la manera correcta de actuar ante el consumo de un familiar.

El conjunto de elementos que se pretende analizar en las investigaciones constituye lo que se conoce como muestreo. Debido a la gran dificultad que conlleva el analizar todos los elementos de este conjunto - todos los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias- he optado por enfocar la acción de la investigación en una muestra representativa de este universo, la de los profesionales del Centro de Solidaridad de Zaragoza – Proyecto Hombre, decisión que ha sido tomada en base al hecho de haber realizado mis prácticas universitarias en esta entidad.

La muestra hace referencia a todo procedimiento en el que, a través de un conjunto de unidades que configuran el objeto de estudio, se extrae un número reducido de casos elegidos en base a unos criterios que permiten la generalización de la población en los resultados que se han obtenido de la muestra (Corbetta, 2007).

En esencia, el tipo de investigación realizada se basa en una revisión bibliográfica de la documentación disponible del campo de las drogodependencias y la familia, contrastada con una fuente primaria: la opinión de profesionales que mantienen contacto directo con el objeto de estudio.

3.1. METODOLOGÍA CUALITATIVA

A través del método cualitativo se consigue llegar a la conclusión de porque las cosas son como son, realizando para ello un trabajo abierto e interactivo en donde las modalidades de su desarrollo surgen durante la propia investigación.

Respecto a las herramientas empleadas para la recogida de datos, he decidido usar la entrevista, concretamente la entrevista electrónica -o computarizada-, debido al estado de alarma sociosanitaria en el que nos encontramos. Esta técnica es de gran utilidad y es empleada con el fin de obtener información precisa sobre el tema a tratar, además de la propia perspectiva que le dan los implicados, consiguiendo con ello una comprensión más profunda (Corbetta, 2007).

Asimismo, he optado por realizar entrevistas semiestructuradas para lograr una mayor flexibilidad y libertad en la respuesta del entrevistado; las preguntas han sido abiertas de tal manera que las respuestas han sido codificables. La estructura de la entrevista ha presentado la uniformidad necesaria para obtener las interpretaciones que se buscan, estando dividida en tres bloques: preguntas específicas o personales; preguntas sobre el fenómeno de la adicción y preguntas sobre el sistema familiar.

El guion empleado ha sido el mismo para todos los profesionales (ANEXO I: MODELO DE ENTREVISTA ELECTRÓNICA), previamente meditado. En cuanto a la duración de estas entrevistas y dado que se han realizado electrónicamente, la persona entrevistada ha podido disponer del tiempo que precisara para responderlas. El número total de preguntas ha sido 20, estando recogidas en su mayoría dentro del apartado de familia.

Además de emplear la entrevista electrónica, en el momento de recoger datos también he optado por la técnica de revisión de fuentes documentales y/o bibliográficas, haciendo alusión a las fuentes secundarias que han sido: Google Académico, Alcorce, Dialnet, Zaguán y el propio repositorio de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales. La plataforma en la que he redactado las preguntas ha sido el “*Google Forms*”, pues me permitía plasmar lo que quería de manera clara y precisa.

Los recursos empleados han sido materiales -papel, bolígrafo, ordenador, el programa de Microsoft Word- y humanos, pues he contado con la colaboración de los profesionales del centro.

3.2. ETICA METODOLÓGICA

La investigación científica únicamente debería de realizarse previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. Asimismo, la información debe ser adecuada y debe ser facilitada de forma comprensible, incluyendo las modalidades para la revocación del consentimiento (UNESCO, 2005).

La ética es entendida como la obligatoriedad de realizar una práctica correcta y concretamente el acto ético es el que se ejerce de manera responsable, evitando perjudicar a otras personas (Buendía & Berrocal, 2001). Respecto a los acuerdos éticos de las investigaciones sociales (Martínez, 2013) en todo momento se ha respetado:

- **La participación voluntaria:** La realización de la entrevista ha sido opcional, dándose la opción a la persona entrevistada de abandonar dicha participación cuando lo creyera oportuno.
- **No perjudicar a los participantes:** a través de esta práctica no se ha perjudicado a ningún profesional.
- **Anonimato y confidencialidad:** En todo momento se ha respetado la protección de los intereses y el bienestar de las personas. Las entrevistas han sido anónimas y a lo largo del trabajo las respuestas de los entrevistados han sido referenciadas a través de números (R1; R2; R3...), plasmando únicamente las ideas sobre los factores a estudiar.
- **El engaño a los sujetos:** Desde el principio se ha informado sobre el objeto de estudio y se ha proporcionado la identidad de la persona que ha realizado las preguntas.

4. RESULTADOS

Las entrevistas han sido realizadas por profesionales que trabajan en los tres recursos asistenciales que la entidad tiene en Zaragoza. Tanto en el programa residencial de la Comunidad Terapéutica como en las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones (UASAS) se ha corroborado la necesidad de la implicación de la familia en el proceso de recuperación y futura reinserción en la sociedad de la persona que presenta problemas de adicción.

Estos profesionales ejercen la labor de educadores sociales, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas familiares. Se han recogido un total de 7 respuestas, de las cuales el 85,7% han sido suministradas por profesionales que llevaban trabajando en la entidad un tiempo superior a 10 años, lo que ha permitido tener una visión más objetiva y fundamentada de la situación.

4.1. EL FENÓMENO DE LA DROGODEPENDENCIA

En su mayoría, las personas entrevistadas consideran a la persona consumidora como portadora de una patología grave a causa de una problemática de índole multidisciplinar (R5), caracterizado por “acumular un estado emocional de mucho sufrimiento” (R4), reconociendo que se trata de personas que están enfermas y que se encuentran ante la necesidad de poner en orden algunas parcelas de su vida (R2).

La percepción que la sociedad tiene sobre este colectivo está influenciada, entre otras cosas, por el contexto histórico, la problemática social y la visibilidad que se tiene de esta realidad. Las drogas siempre han estado presentes en nuestra sociedad y aunque es cierto que actualmente la adicción es vista como un problema de salud, sigue generando miedo y, por consiguiente, rechazo (R4). La adicción sigue siendo vista como tabú tanto para la sociedad como para los medios de comunicación (R1), asociándola a la delincuencia e implicando un estigma social (R6). Dentro de dicha percepción:

“Cuando están en activo, consumiendo, no hay conciencia social de enfermedad, sino que se dan juicios peyorativos y excluyentes” (R3).

A lo largo del siglo XXI se han ido produciendo cambios en los modelos sociales, familiares y en la manera en la que la sociedad percibe, entiende y práctica el ocio. Todo esto, junto con otros factores, supone que los problemas de adicción estén en continuo cambio y que se hayan estado produciendo modificaciones en el consumo durante la última década. El tipo de sustancias adictivas está cambiando, así como la percepción social que se tiene de las mismas y, por consiguiente, el tipo de consumidor; se está produciendo una mayor permisividad/tolerancia hacia estas, aumentando considerablemente el porcentaje de personas que recurren a ellas en entornos de ocio (R2). Si es cierto que se está dando una normalización de esta

problemática social, dado que no se concibe como un problema grave, esta tranquilidad ha traído en positivo el hecho de que se pide una ayuda mucho más temprana que en la década de los 80 o 90, evitando llegar a situaciones extremas (R3).

En consecuencia, el perfil del consumidor también se ha visto alterado, la edad de inicio es más temprana y las adicciones a sustancias químicas han aumentado (R4). El consumo se ha cronificado, se ha normalizado el cannabis (R5) y cada vez se da más una patología dual en el paciente identificado, dificultando su diagnóstico y tratamiento (R1).

Respecto a los usuarios que atienden en el centro, en su mayoría disponen de una red de apoyo para realizar el proceso, aunque esta situación se ve alterada si los casos están muy cronificados (R3). Atienden aproximadamente a un 40% de pacientes que tiene familia disponible para acudir al centro; aunque es necesario precisar que este porcentaje se da principalmente en los programas y las adicciones debido a que en la Comunidad Terapéutica puede darse un mayor número de casos en los que las personas no tengan apoyo (R3). Dicha red suele estar dispuesta a participar en el tratamiento, demandando la ayuda en ocasiones por sí misma a causa del cansancio y sufrimiento que les acarrea la situación (R4).

4.2. LA FAMILIA Y LA ADICCIÓN A LAS DROGAS

El grupo básico de toda la sociedad lo constituye la familia, siendo esta entendida como un sistema relacional que trata de articular los distintos componentes individuales. Un gran indicador del pronóstico del tratamiento en el paciente lo va a constituir la familia y el grado de apoyo que ésta muestre, así como lo capaz que esta sea para ponerle límites al paciente (R1). La política social del estado descansa sobre la familia, siendo necesario orientar nuevos modelos de atención desde los Servicios Sociales como consecuencia de las grandes transformaciones que se han ido produciendo en los últimos años (R3).

“El papel de la familia en la recuperación del usuario es fundamental, casi diría que el 50%” (R4).

En ocasiones la propia familia puede ser mantenedora del síntoma de la persona drogodependiente, siendo necesario en estos casos realizar cambios y modificaciones en sus relaciones. Dado el caso es fundamental que la familia sea consciente y que tenga identificadas las dinámicas familiares que se han empleado y que no han dado un resultado positivo, pudiendo así ser modificadas (R1). Dentro de la entidad se realiza un trabajo sistémico orientado a modificar aquellas conductas que perpetúan la adicción, dado que generalmente la familia no es consciente de ello (R3) pero, cuando esto no es posible, se emplea la distancia tanto física como emocional (R5). Los profesionales del centro orientan, escuchan sus miedos, frustraciones e inseguridades y les ofrecen pautas para mejorar la relación con el familiar que presenta la adicción (R6).

El primer contacto con la familia se realiza cuando el paciente identificado da el permiso para ello (R6), siendo conveniente que sea desde el principio del tratamiento (R2). En el caso de la Comunidad Terapéutica, el primer contacto físico que se realiza con el paciente y la familia tiene lugar al mes y medio, pues es necesario un tiempo para que ambos tomen distancia (R1). En todo momento debe respetarse el proceso del adicto, dándose una intervención en paralelo entre él y la persona de referencia. La familia no puede ser abordada como responsable ni como sostenedora de la adicción, es preciso “separar en la narrativa terapéutica el síntoma de las adicciones” (R3).

La realidad de que a la persona que sufre la adicción le afecta su situación familiar ha sido corroborada por todos los profesionales de esta entidad y, concretamente, el hecho de que su conducta adictiva se vea influenciada por la situación dada. Dicha apreciación se manifiesta en planos distintos, tales como la modificación de su conducta en las relaciones sociales y familiares, repercute al plano económico y judicial, etc. (R2) A su vez, en el momento de solicitar ayuda esta repercusión es determinante: las familias que plantean la necesidad de ayuda al adicto mediante la devolución de la realidad favorecen considerablemente el proceso de recuperación. Generalmente, las familias sobreprotectoras prolongan la adicción y las que son muy desligadas favorecen la expulsión del adicto (R3).

“la pérdida de los vínculos familiares o el riesgo de la pérdida son factores motivantes para el usuario que quiere y necesita recuperar afectos y estabilidad. La soledad es una consecuencia de la adicción muy dolorosa” (R4).

Los estilos educativos adoptados por las familias de estas personas no pueden definirse en uno solo y, además, los estudios que se han realizado no son concluyentes. No obstante, se afirma que aquellos modelos de protección, de incapacitación, que son rígidos en cuanto a las normas y en los que hay un control excesivo o una gran despreocupación, son frecuentes entre este tipo de pacientes (R6). Pero hay que enfatizar que cada familia es diferente y que no se le puede achacar un estilo concreto al consumo (R2).

Respecto a la tipología de las drogodependencias establecida por Cancrini en base a la consonancia que se da entre la organización psicológica individual, el síntoma y la organización familiar, tenemos: la adicción de tipo traumático, la de neurosis actual, la de tipo transicional y la de tipo antisocial y/o sociópata. Los profesionales de la entidad consideran que estas categorías siguen estando vigentes en la actualidad, destacando que les supone un reto el atender tanto a las familias multiproblemáticas de tipo antisocial, como a aquellas que precisan una atención hacia la salud mental de toda la familia, dada dentro del tipo de adicción transicional (R3). Asimismo, hay un profesional que considera la adicción recreativa como parte de la tipología de las drogodependencias (R6).

Todos los entrevistados coinciden en la importancia de proporcionar apoyo profesional a la persona cuidadora durante el proceso de recuperación y reinserción de adicto, y más concretamente cuando el estado de salud físico y mental se está viendo agravado por la situación.

“El impacto psíquico es tremendo. Esta al mismo nivel de necesidad de ayuda que el propio adicto”
(R2).

Se considera que la familia debe de tener un espacio propio en el que poder expresarse, surgiendo a su vez la posibilidad de realizar una labor de psicoeducación con ellos. Durante el proceso de reinserción pueden surgir miedos e inseguridades hacia una posible recaída, siendo algo que también se debe trabajar (R1). La sobrecarga emocional es muy alta y suele precisarse ayuda profesional para manejarla e, inclusive, para ayudarles a asumir la responsabilidad justa (R3). Se da un proceso de frustración, de desilusión, en ocasiones aparecen rasgos depresivos... siendo necesario recibir ayuda para superarlo (R6).

El realizar una intervención paralela entre la persona consumidora y su familia conlleva, en la mayoría de las veces, una notable mejoría en las relaciones familiares. Esta curación puede darse en distintos grados, siendo escasa en los casos de familias cuya situación está muy cronificada, dándose un gran quemamiento familiar (R1). También puede suceder que esta mejoría no se evidencie debido a que la familia espere un cambio irreal, manteniendo la esperanza de que su familiar volviera a ser el de antes de entrar en el mundo de las drogas.

Otro caso es el de las parejas que acaban separándose a causa de que la adicción sostenía gran parte de la relación. Ocasionalmente, se da una recuperación y al poco tiempo se produce un conflicto importante que acaba siendo resuelto a medio y largo plazo (R3).

En resumen, ante la ausencia de un consumo activo las relaciones entre los miembros resultan más fluidas, lo que implica que la convivencia entre ambos mejore. No obstante, esto puede ocasionar el resurgir de otros problemas que antes estaban siendo ocultados por la droga (R5).

La realidad es que las familias no saben cómo actuar ante estas situaciones de desprotección que se producen en el seno del hogar a causa de las drogas, debido a su complejidad y a la carencia de información al respecto.

“Las respuestas que dan están motivadas por sus emociones, sobre todo el miedo, y el agotamiento emocional” (R5).

Dichas manifestaciones suelen estar motivadas por el miedo, la amenaza o la sobreprotección (R1), teniendo en cuenta que a veces participan de la negación del problema en donde es muy importante el conocer lo que ellos saben y quien lo sabe para poder realizar una valoración adecuada del comportamiento familiar (R3).

Concluyendo, y en base a su experiencia, todos los profesionales del centro defienden la importancia de la intervención familiar en el modelo terapéutico, destacando los beneficios que esta acarrea.

“No concibo el trabajo en drogodependencia sin trabajo familiar” (R1).

5. CONCLUSIONES

El trabajo social ejerce una labor muy importante dentro del campo de las adicciones, siendo necesaria su participación en el equipo multidisciplinar debido a la gran complejidad del campo y a las nuevas demandas que se están planteando.

Asimismo, dentro de este ámbito de actuación el trabajador social puede realizar una intervención profesional con la familia del paciente drogodependiente dado que tanto la manera de entender el trabajo social con las familias como el reconocimiento de la importancia de esta ha abierto un amplio espectro de posibilidades para la mencionada carrera.

Mediante la realización de este trabajo se ha pretendido estudiar la importancia de realizar la intervención profesional con el sistema familiar dentro del propio proceso terapéutico de recuperación y reinserción de la persona drogodependiente. A través de una serie de preguntas realizadas a los profesionales del Centro de Solidaridad de Zaragoza – Proyecto Hombre, junto con la minuciosa revisión bibliográfica, se ha dado respuesta a los objetivos previamente planteados, siendo las conclusiones obtenidas las siguientes:

- **La forma de consumo ha cambiado considerablemente.** La percepción social que se tiene de las drogas es más permisiva y tolerante, se le resta importancia a su peligrosidad, de tal forma que los adolescentes consideran más nocivo el fumar tabaco que el consumir cannabis. Los tipos de sustancias adictivas han cambiado, siendo preocupante el aumento que se ha dado en las nuevas adicciones a sustancias químicas. De igual manera, también se ha modificado el contexto en el que se consume, pues ahora se asocia el consumo con el ocio: las personas quedan con el propósito de consumir. Se ha producido un cambio en el perfil del consumidor, la edad de inicio en el mundo de la droga es más temprana, el consumo se ha cronificado y cada vez se dan más casos de patologías duales en los pacientes.
- **La familia es muy importante dentro del proceso de la drogodependencia.** Esta afirmación se ha dado como resultado de varios factores, tales como: la propia experiencia personal de los profesionales de la entidad, la percepción de la familia como un sistema cuyas partes se retroalimentan, entendiéndose con esto que en ocasiones ante la ignorancia de cómo actuar la familia puede ser mantenedora del síntoma del paciente, o bien, pueden ser impulsores del cambio en el sentido de que el adicto vea la necesidad de solicitar ayuda -motivación extrínseca-.

De esta manera, la situación familiar repercute en el estado del paciente, sirviéndole como aliciente o como agravante; los estilos educativos que son transmitidos por la familia de origen, si bien no son decisivos, tienen relevancia a la hora de aventurar un futuro consumo.

- **La sociedad sigue teniendo una opinión distorsionada de la drogadicción:** La conducta adictiva es tratada como un tabú dentro de la sociedad. A pesar de ser comprendida, en su mayoría, como una enfermedad mental de la persona, se la sigue atribuyendo a la delincuencia, implicando un estigma social muy negativo ya que se cree que la persona “consume porque quiere”, sin entender la gran dependencia que conlleva una adicción, en donde una parte muy importante de la misma es la enfermedad.

Se siguen dando juicios peyorativos y excluyentes, la propia persona que ha pasado por un tratamiento de adicción tiene miedo y vergüenza de confesarlo ya que teme el rechazo social que le pueda ocasionar.

- **Siguen dándose unas tipologías de las drogodependencias similares a las del pasado:** En ocasiones la adicción se produce tras un suceso traumático en la vida de la persona, en otras se siguen vislumbrando en la estructura familiar indicios tales como una sobreprotección o una desvinculación total por parte de uno de los progenitores; otras veces es debido a una ausencia de límites o la incongruencia de los mensajes dentro del sistema familiar, etc.

No obstante, se destaca la incorporación de la tipología de índole recreativa, debido a que el consumo durante el ocio se ha acentuado considerablemente.

- **La intervención terapéutica realizada con el paciente es beneficiosa para la persona de la familia que tiene el rol de cuidador.** Se proporciona a la persona un espacio propio en el cual puede dar nombre a sus sentimientos, puede dar respuesta a sus miedos, inseguridades, frustraciones y se le asesora sobre la manera de actuar en momentos en los cuales la sobrecarga emocional es muy elevada, trabajando también con la perspectiva de futuro y las posibles recaídas. Todo esto proporciona un gran alivio para la persona cuidadora, debido a que deja de llevar ella sola el sentimiento de “responsabilidad” de la situación. Además, la intervención que se realiza tanto con la familia como con el paciente suele conllevar una mejoría en las relaciones entre ambos, debido a que se tratan cuestiones que resultan conflictivas y que han podido provocar mucho sufrimiento.

- **Se ignora la manera correcta de actuar ante el consumo de un familiar:** Dado que las entrevistas han sido realizadas al equipo multidisciplinar y no a la población, esta afirmación se fundamenta en la percepción que estos tienen al respecto dado la cantidad de personas que se ponen en contacto con la entidad solicitando información (ejemplo del programa de atención a padres preocupados). En general, las respuestas que se dan suelen ser motivadas por el miedo, la amenaza, la sobreprotección o simplemente por la gran carga emocional que acumulan.

En resumen, la intervención familiar es entendida para el CSZ-PH como algo primordial, pues valoran y estudian el gran peso que este grupo primario tiene en la vida del paciente, considerándola como parte fundamental del proceso de recuperación de la adicción. El realizar una labor terapéutica únicamente con el paciente drogodependiente supone el desarrollar un diagnóstico limitado, erróneo y que puede acarrear graves consecuencias durante el proceso terapéutico. La intervención debe ser realizada teniendo en cuenta la dimensión social, no solo desde el ámbito individual y desde una perspectiva clínica dado que esto implicaría una pérdida para el paciente, para los profesionales y para la propia sociedad.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M. (2001). La familia como sistema relacional. En *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional* (págs. 17-35). Barcelona: Paidós.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The journal of early adolescence*, 11(1), 56-95.
- Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81.
- Blanca, F. C. (03 de 06 de 2020). Reducción de daños sobre consumo de drogas en contextos de sinhogarismo en la ciudad de zaragoza. *Conceptos Generales, clasificación de drogas y consumo*. Zaragoza, Aragón, España.
- Botella, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56.
- Buendía Eisman, L., & Berrocal de Luna, E. (2001). *La Ética de la Investigación Educativa*. (U. d. Huelva, Ed.) España.
- CMAPA - Centro Municipal de Servicios Sociales (2009). Guía de Información sobre drogas. Ayuntamiento de Zaragoza. http://www.zaragoza.es/contenidos/sectores/adicciones/guia_drogas_2013.pdf
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Drogas, P. N. (2008). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social .
- Duque Soláns, A. (2014). *Régimen Jurídico del consumo y tráfico de drogas: una visión crítica*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Facultad de derecho.
- Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano , D., Compañ Felipe , V., & Montesano del Campo, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemico_Enero2016.pdf
- Gracia Pastor, Jorge., Josa Lázaro, Carmen & Montesa Lou, Belén. Las familias del drogodependiente: Comunidad Terapéutica y familia. Centro de Solidaridad de Zaragoza - Proyecto Hombre. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/64.pdf>
- Ley Nº137, 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, España, 15 de julio de 2014.

Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernandez, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C y Lizasoain, I (Eds), *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología y legislación*. (pp 3-21). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Martín, E. (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 41-48.

Martínez, S. (2005). *La espiritualidad como factor de protección en la rehabilitación de drogodependencias en la Fundación Centro de Solidaridad Zaragoza-Proyecto Hombre*. Trabajo de Fin de Grado, Zaragoza.

Muñoz-Rivas, M. J., Redondo Rodríguez , N., & Graña Gómez, J. L. (2012). Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. En J. A. García del Castillo, & C. López-Sánchez , *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (págs. 75-86). Madrid: Síntesis.

Musito Ochoa, G. (23 de noviembre de 2006). Sociedad, Familia y Drogas. *Vida familiar y consumo de drogas* (págs. 100-110). Valencia: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Obtenido de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Congreso2006_Valencia.pdf

Nieves Martín, Yolanda & Molina Sánchez, Carlos (2014). ¿Qué es ser drogodependiente hoy? Claves para la reflexión. Estudio realizado por Fundación Atenea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (págs. 21-29)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019), Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.

Palacios Ajuria, L. (2011). La familia del drogodependiente. En C. Sirvent, & J. Rodríguez, *Drogodependencias: sociología, evaluación, proceso* (págs. 214-232). Oviedo: Spiral. Obtenido de <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/1997/03/drogodopendencias.pdf>

Quintero, M. B. (2015). *La prevención de las adicciones en contextos familiares y escolares: Análisis del Programa de Prevención de la Asociación Proyecto Hombre "Entre todos"*. Granada: Universidad de Granada. Tesis Doctorales.

Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49), 83-101.

Serrano Patten , A. C., Rodriguez Cardenas , N., & Louro Bernal , I. (2011). Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 131-135.

UNESCO (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Vargas , K., & Mendoza Carmona, Y. (2017). Factores Psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, 20(1), 139-167.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO I: MODELO DE ENTREVISTA ELECTRÓNICA

Preguntas Específicas:

- Antes de trabajar en esta entidad, ¿conocía el Centro de Solidaridad de Zaragoza – Proyecto Hombre?
- ¿Había trabajado anteriormente o realizado labores de voluntariado en la rehabilitación y reinserción de la persona drogodependiente? Si es así, ¿Dónde?
- ¿Cuál es la categoría profesional que desempeña dentro de la entidad?
- Tiempo que lleva desempeñando esa categoría profesional dentro de la entidad
- ¿Se encuentra trabajando en la Comunidad Terapéutica o en una UASA?

Preguntas sobre el Fenómeno de la Drogodependencia:

- ¿Qué opina sobre las personas que tienen problemas de adicción?
- Por otro lado, ¿cuál cree que es la percepción que la sociedad tiene de ellas?
- ¿Considera que los problemas de adicción están cambiando? ¿De qué forma?
- Durante el tiempo que lleva trabajando en esta entidad, ¿ha apreciado algún cambio en el perfil del consumidor?
- Con respecto a las personas usuarias del centro, ¿en su mayoría disponen de una red de apoyo para realizar el tratamiento?
- En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿se muestran receptivos a la hora de participar en el proceso de recuperación de la persona que sufre la adicción?

Preguntas sobre el Sistema Familiar:

- Teniendo en cuenta que la familia constituye el grupo básico de la sociedad, ¿qué opina usted de ella?
- En ocasiones la familia puede ser mantenedora del síntoma de la persona drogodependiente y, en ese caso, sería necesario que se realizaran cambios y modificaciones en sus relaciones. Haciendo alusión a la intervención que se realiza con ellos, ¿de qué manera les podrían ayudar? ¿Cuándo es conveniente que tengan el primer contacto con ellos?

- Según su experiencia, ¿considera que, en su mayoría, a la persona con drogodependencia le afecta su situación familiar? Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se ve modificada su conducta adictiva?
- ¿Cuáles son los estilos educativos que acostumbran a adoptar las familias de las personas consumidoras?
- Tomando en consideración la tipología de las drogodependencias que establece Cancrini (adicción traumática, adicción de neurosis actual, adicción transicional y adicción antisocial y/o sociopática), en base a su experiencia profesional, ¿se están encontrando esas dificultades en las relaciones familiares? ¿Qué piensa usted al respecto?
- Haciendo alusión a la calidad de vida de la persona cuidadora, concretamente al estado de salud físico y mental, ¿considera que ésta necesita apoyo profesional durante el proceso de recuperación y reinserción del drogodependiente? ¿Porqué?
- Durante el periodo de intervención, ¿ha mejorado la relación familiar como consecuencia del trabajo realizado con ellos? En caso contrario, ¿por qué?
- En su mayoría, ¿las familias saben cómo actuar ante la situación que se está provocando en el hogar como consecuencia del consumo de sustancias adictivas?
- Por tanto, ¿considera la intervención familiar como un elemento clave en el proceso de recuperación y futura reinserción de la persona drogodependiente?

7.2. ANEXO II: CRISIS SOCIO SANITARIA COVID`19

El 14 de marzo del 2020 se decretó el estado de alarma en España como consecuencia del gran impacto socio sanitario que estaba provocando la pandemia de la covid`19. Bajo el lema #quédateencasa tuvo lugar un gran reto comunitario, pues la situación de confinamiento que se dio en todo el territorio español trajo consigo una serie de desafíos económicos, laborales, familiares, personales e, indudablemente, sociales. Esta nueva situación supone un riesgo para la salud mental debido en parte a la carencia de los apoyos sociales, los duelos asociados a la pérdida de seres queridos, la incertidumbre ante la nueva situación laboral... lo que provoca, a su vez, un estado emocional muy delicado en las personas.

Esto último es relevante con la noticia publicada por la revista electrónica *lasdrogas.info*¹³, en donde se informa de que desde que se declaró el estado de alarma el consumo de tranquilizantes, somníferos, narcóticos o sedantes se ha incrementado notablemente entre la población asalariada; una gran parte de los trabajadores (más de un tercio) consideran que su salud ha empeorado y recurren al consumo de estos fármacos.

En esta realidad el campo de las adicciones exige, junto con otros cuadros psicológicos, psiquiátricos y comportamentales -como son las depresiones-, una atención específica. Se sabe que el consumo de algunas sustancias adictivas ocasiona dependencia, dándose también cuadros de consumos excesivos, abstinencia o intoxicación cuyas consecuencias no solo son a nivel individual, sino también familiar, social, etc. Es importante destacar que un tipo de adicción que cada vez tiene una mayor repercusión en nuestra sociedad es la de los videojuegos, fenómeno que puede incrementarse de manera considerable en este confinamiento.

Tomando en consideración los datos de consumo de las primeras semanas de cuarentena, se visualiza un aumento considerable en la compra de bebidas alcohólicas, pero dentro de este dato hay que tener en cuenta el hecho de que los bares hayan estado cerrados por el estado de alarma. También se presupone una disminución del consumo de drogas tales como el hachís, la heroína, la cocaína... debido a la disminución de la oferta de dichas sustancias por el miedo al contagio y la dificultad de salir a la calle. De igual modo, el riesgo de recaídas es algo que aumenta considerablemente durante esta etapa, debido a que el aislamiento puede ocasionar muchos momentos de aburrimiento, así como incrementar el sentimiento de frustración. El

¹³ Extraído de *lasdrogas.info*. 28 de mayo de 2020. <https://www.lasdrogas.info/noticias/consumo-psicofarmacos-poblacion-assalariada-duplicado/>

confinamiento obligatorio implica una situación crítica para la persona que ha pasado o está pasando por el proceso de desintoxicación, lo que a su vez le puede llevar a conductas impulsivas o adictivas¹⁴.

Asimismo, durante estas semanas se han ido publicando numerosos artículos que trataban el tema de las drogodependencias y las dificultades añadidas a las que estas se estaban enfrentando durante este periodo de alarma, dando visibilidad a esta realidad. También se han hecho eco las recomendaciones a seguir, pautas para estar entretenido, evitar recaídas e inclusive se creó una plataforma online para compartir buenas prácticas en reducción de daños¹⁵.

Relacionado con esto último, El Plan Nacional sobre Drogas desarrolló un documento en donde recogía información que le había facilitado el Hospital Vall d'Hebron, haciendo alusión a que las personas que tenían algún tipo de trastorno relacionado con el consumo de alcohol presentaban un mayor riesgo de sufrir un contagio por covid'19 debido a que, entre otras cosas, el consumo de alcohol debilita el sistema inmunitario¹⁶.

Durante este tiempo, el Centro de Solidaridad de Zaragoza ha formado parte de los establecimientos esenciales que han podido permanecer abiertos (exclusivamente para la suministración de metadona y para tratar a algunos residentes de la Comunidad Terapéutica) teniendo que tomar decisiones drásticas para afrontar la situación. Aproximadamente un 10-15% de los pacientes han estado consumiendo más metadona durante el confinamiento.

Para concluir se exponen a continuación datos actuales que han sido proporcionados por Javier Sánchez Arroyo, coordinador de Consumo *ConCiencia* – un programa de reducción de riesgos que trabaja en la comunidad de Aragón-, sobre los efectos que ha tenido esta cuarentena para el campo de las drogodependencias¹⁷.

- Debido al notable descenso de la demanda del cannabis, el precio de esta se ha duplicado o inclusive triplicado.

¹⁴ Extraído de Guía 3: Apoyo a las adicciones durante esta pandemia de coronavirus. Osalde: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200413_3_Apoyo_frente_a_Adicciones_y_coronavirus.pdf

¹⁵ Plataforma disponible en: <https://www.savelivesprotectpeople.net/espa%3b1ol/home.html>

¹⁶ Documento de El Plan Nacional sobre Drogas: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200514_RECOMENDACIONES_COVID-19_ALCOHOL.pdf

¹⁷ Extraído de página web *lasdrogas.info* y del artículo “más opioides, más alcohol y cannabis al doble de su precio: las drogas durante el estado de alarma: <https://www.lasdrogas.info/noticias/mas-opioides-mas-alcohol-cannabis/>

- Al encontrarse las asociaciones de consumo cerradas, un mayor porcentaje de personas han recurrido al mercado negro. En pleno confinamiento las acciones dadas al margen de la legalidad resultan mucho más evidentes en las calles.
- Se ha producido un descenso en la demanda de estimulantes -cocaína, speed, éxtasis...-
- Aunque no se puede asegurar, sí se puede aventurar que se ha producido un repunte de alcohol durante la cuarentena -se valora la posibilidad de que el consumo que antes estaba destinado para los fines de semana, se haya estado produciendo de manera diaria-.
- Tanto el consumo de psicofármacos como el consumo de cafeína y tabaco han aumentado, pues se observa una gran relación en el consumo de estas cuando aumentan las preocupaciones.
- Dada la escasez de material y las restricciones de movilidad se ha producido una bajada en la calidad del producto. También se ha tendido a la adulteración del producto.

7.3. ANEXO III: MEMORIA 2018 CSZ-PH

N° DE ATENCIONES USUARIOS Y FAMILIAS																	
PROYECTO HOMBRE		SIT. ESPECIALES		ALCOHOL		ALTAIR		CARCEL		TARABIDAN		ULISES		FAMILIAS		TOTAL	
159		131		193		360		82		110		259		487		1781	
SEXO																	
HOMBRES					MUJERES					TOTAL							
1018					212					1230							
EDAD PERSONAS ATENDIDAS																	
-18	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	+70	NO REGISTRADO	TOTAL			
71	58	65	110	166	187	168	155	112	45	27	7	3	56	1230			
MEDIA DE EDAD EN LOS PROGRAMAS																	
ALCOHOL		ULISES		PROYECTO HOMBRE			CARCEL			SITUACIONES ESPECIALES			ALTAIR		TARABIDAN		
47,09		45,66		40,37			NO REGISTRADO			38,74			35,96		18,13		
EDAD MEDIA DE LOS ATENDIDOS: 38,10 AÑOS EN UNA HORQUILLA ENTRE LOS 11 AÑOS A LOS 79 AÑOS.																	
PRINCIPAL SUSTANCIA DE CONSUMO																	
ALCOHOL					COCAÍNA												
248					266												
N° TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS EN 2018																	
1.230																	

Ilustración 2. Tabla de resultados memoria 2018 CSZ-PH

7.4. ANEXO IV: INDICADORES DE CONSUMO

LA SUSTANCIA	Tipo de sustancia; Accesibilidad Cantidad consumida; Vía de admisión Valoración social, Efectos
LA PERSONA (dimensión fisiológica)	Sexo, Edad, Complexión física, Influencia en el organismo, Consecuencias patológicas...
LA PERSONA (dimensión psicológica)	Motivación, Dependencia, Trastornos de conducta, Personalidad, Factores de vulnerabilidad
EL ENTORNO	Microsistema, Mesosistema y Macrosistema

Tabla 2. Indicadores para tener en cuenta en el consumo de sustancias (CMAPA, 2009)